**一般社団法人 日本臨床腫瘍薬学会**

 **2023年度 海外派遣事業　応募申請書**

申請日　西暦　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　 | 性別 | 男　・　女 |
| 英語表記 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　 月　　 日　　　　　　（年齢　　　　歳）　 |
| E-mail |  |
| 現住所 | 〒　　　－　　　 | 電話 |  |
| FAX |  |
| 所属施設部門名役職名 |  | 電話 |  |
| 内線 |  |
| FAX |  |
| 所属施設の所在地 | 〒　　　－　　　 |
| 所属施設の種類 | □都道府県がん診療連携拠点病院□地域がん診療連携拠点病院□全国がんセンター協議会加盟施設 | □特定機能病院□一般病院□保険薬局　(がん患者数：　　　人/月) |
| 研修施設の認定 | □日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師研修施設□日本病院薬剤師会が認定する研修施設□日本臨床腫瘍薬学会が認定する研修施設□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 学歴大学卒業以後 |  |
| 職歴研修歴も含む |  |
| 薬剤師免許 | 登録番号　第　　　　　 号 |
| がん領域の専門性に関する認定 | 認定番号・認定期間 |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 |
|  | 認定番号　　　　　認定期間　西暦　　　年　 月　 日～　　　年　 月　 日 |
| 所属学会 | 日本臨床腫瘍薬学会（会員番号：　　　　　　　） |
| 賞　罰 |  |
| 健康状態 |  |
| 英語力 | 資格・試験（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）留学経験（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 原著論文 | がん領域のみ、過去10年間における主な論文を3つ程度記載（学会の後抄録は含まない）著者名（5名以上は他）・題名・雑誌名・巻数・ページ数・年 |
| 学会報告 | がん領域のみ、過去10年間における主な発表を3つ程度記載発表者名（5名以上は他）・題名・学会名・年　 |
| 著書、総説 | がん領域のみ、過去10年間における主な執筆を3つ程度記載著者名（5名以上は他）・題名・雑誌名・巻数・ページ数（著書タイトル・分担部分）・年 |
| 過去の海外渡航経験学会、セミナー、研修など | 学会名、研修先名、期日などを記載、（均てん化を図るために、原則、日本病院薬剤師会、日本医療薬学会等の公的助成を受けてがん医療施設の見学に行った経験がない者を優先します。） |
| その他 |  |

１－２ページの枠の増減は自由、がん専門認定資格については枠追加可

今回の応募について

|  |  |
| --- | --- |
| 応募動機 |  |
| 専門領域 | 肺がん、乳がんなど、外来化学療法室など専門又は得意な領域等を記載 |
| 研修目的 |  |
| その他 |  |

上記の通り、2023年度 一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会が実施するがん領域の専門性に関する認定を有した病院・保険薬局薬剤師に対する海外派遣事業に応募申請致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　印

推　薦　書

|  |
| --- |
|  |

以上の理由より、申請者を推薦致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦者 | 所属施設所在地 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　所属施設名氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話 |
| 役職 |

西暦　　　年　　月　　日

一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会

　理事長　近藤　直樹　殿

派 遣 承 諾 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属機関・施設の長 | 機関・施設名 | 　　　　　　　　　　　 |
| 所　在　地 | 〒  |
| 職　名 |  | 氏　　名 | 　　　　　　　　　職印 |

　貴会のがん領域の専門性に関する認定を有した病院・保険薬局薬剤師の海外派遣事業によって、当機関・施設所属の職員が下記の通り派遣されることが決定した場合には、派遣を承諾致します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　派　遣　者 | 氏　名 |  | 職　名 |  |
| 派　遣　期　間 | 2023年11月における移動日含めた7日間 |
| 派 遣 先 | アメリカ　New YorkMemorial Sloan-Kettering Cancer CenterTouro College of PharmacyNew York Hematology Oncology Cancer Centers |